

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

83

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon BONER

Externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

ZONA SYPHILITIQUE

Président : G. H. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon BONER

Externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

ZONA SYPHILITIQUE



Président : G. H. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale	
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONP
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G.-H. ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au seuil de nos études médicales notre pensée reconnaissante va à ceux de nos maîtres qui nous ont guidé et conseillé dans notre carrière. Que le professeur agrégé Tuffier, le Dr Faisans, dont nous avons été le bénévole, que le Dr Guibé, le Dr Rochard, le Dr Beaugeard dont nous avons été l'externe trouvent ici l'expression de notre très vive gratitude.

Nous avons été l'élève du professeur agrégé Zimmer à qui nous devons toutes nos connaissances d'électro-radiologie et qui a toujours été pour nous un maître extrêmement bienveillant. Nous lui gardons un sentiment de profonde reconnaissance.

Nous avons trouvé depuis le début de la guerre à l'hôpital Broussais un excellent accueil chez le Dr Dufour et le Dr Bergé et surtout chez le professeur agrégé Desmarest dont nous avons pendant deux ans été le radiographe ; nous avons appris à connaître son bon cœur et à admirer sa science chirurgicale.

Nous remercions notre ami Ernest Schulmann, interne des Hôpitaux qui nous a guidé dans ce travail un peu hâtif en raison des circonstances.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
ZONA SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

Les recherches récentes en pathologie nerveuse ont modifié sur bien des points les notions classiques. C'est ainsi que les travaux anatomo-pathologiques de Head et Campbell et les données nouvelles fournies par l'examen du liquide céphalo-rachidien ont complètement changé nos idées sur le zona. Pendant longtemps en effet on a cherché la cause de la lésion zonateuse dans les différents segments du système nerveux.

Tout le monde admet aujourd'hui avec Head et Campbell que le zona a comme substratum anatomique une lésion du ganglion spinal ou de ses homologues céphaliques.

Le ganglion est atteint. La lésion le frappe à la fois dans ses éléments conjonctifs et dans ses éléments propres. On note au microscope de l'infiltration leucocytaire en nappe, avec vaso-dilatation intense et par place de petits lacs hémorragiques, qui décollent les capsules péricellulaires séparant les éléments nobles.

Les cellules elles-mêmes sont touchées. On observe des lésions de chromatolyse et les cylindraxes sont irrégulièrement tuméfiées. Le terme de *gangliite postérieure* proposé pour dépeindre cet ensemble de réactions irritatives et inflammatoires résume bien la lésion.

Les méthodes histologiques — en particulier la méthode de Marchi — de plus en plus perfectionnées ont beaucoup aidé à la conception que nous nous faisons actuellement du zona.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a d'ordinaire montré une lymphocytose marquée et Brissaud et Sicard, les premiers, ont insisté sur cette lymphocytose qu'ils ont trouvée dans deux cas de zona. Achard, Lœper et Laubry trouvent cette lymphocytose dans 8 cas seulement sur 16.

Le professeur Landouzy dans une leçon de clinique médicale à la Charité (1883) faisait une distinction nette entre la *fièvre zoster*, maladie aiguë infectieuse spécifique, et les *exanthèmes zostérisiformes*, manifestations non spécifiques, symptômes au cours de différentes maladies, étant pour la fièvre zoster ce que les éruptions scarlatiniformes sont pour la scarlatine. Mais les deux formes du zona, ont d'après Landouzy, le même substratum anatomique : une lésion nerveuse, lésion qu'on sait aujourd'hui localisée aux ganglions rachidiens. Actuellement on peut considérer la fièvre zoster et les exanthèmes zostérisiformes comme une entité univoque ; mais on discute encore sur l'étiologie.

Head et Campbell comparent le zona à la poliomyélite antérieure aiguë par analogie des lésions, l'une sur les cornes antérieures, l'autre sur les ganglions spinaux.

Dans une thèse récente sur la pathogénie du zona Destrem, faisant allusion à la même analogie, croit que, pour obtenir dans le zona des résultats expérimentaux aussi décisifs que dans la poliomyélite antérieure, il faudrait s'adresser à l'expérimentation. Mais l'auteur est forcé de conclure que les résultats expérimentaux jusqu'à ce jour sont plutôt médiocres. Raymond et Lot ont pu isoler du sang de deux malades atteints de zona un coccobacille qu'ils ont dans un cas cultivé et inoculé. Des lapins et des cobayes inoculés en plein cœur ont présenté des symptômes névralgiques et des éruptions vésiculeuses dont la nature a pu être confirmée par l'examen histologique des ganglions.

Les auteurs ont pu, grâce à la réaction de fixation, trouver le moyen d'établir la spécificité du bacille isolé.

Mais les expériences de Sicard sur le singe n'ont pas été confirmatives des résultats obtenus par Raymond et Lot, dont les expériences restent douteuses.

Quelle que soit l'analogie qui existe, du point de vue anatomo-pathologique, entre les deux poliomyélites antérieure et postérieure, nous ne pensons pas qu'il y ait pour le zona la même spécificité que Land-

steiner et Popper ont pu mettre en valeur dans la poliomyélite antérieure.

Nous voyons en effet en feuilletant la littérature médicale combien nombreuses sont les affections qui sont incriminées dans l'étiologie du zona.

On a signalé des cas d'éruptions zonateuses survenant au cours de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, du rhumatisme, du diabète, etc...

D'après Dreyfous et Letulle, le zona paraît particulièrement fréquent chez les névropathes.

On observe encore le zona, dans les intoxications ; par l'oxyde de carbone (Leudet), surtout par l'arsenic (Hutchinson).

Chez les tuberculeux chroniques, tuberculose osseuse ou viscérale, on trouve souvent la forme thoracique du zona et quelquefois même comme symptôme révélateur d'une bacilliose, ignorée et débutante (Lemonnier). Il est alors l'indice d'une méningite légère qui peut guérir comme localisation, bien que l'examen du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose, inoculation au cobaye) et les troubles généraux et nerveux ne laissent aucun doute sur sa nature (cas de Barbier et Lian).

Sicard insiste sur le zona né au décours de la méningite ourlienne.

Talamon relate plusieurs cas de zona dans la pneumonie.

Jonas et Netter rapportent des cas de zonas dans la méningite cérébro-spinale.

Dopter et Simon, Achard, Lœper et Laubry

publient plusieurs cas de zona survenus au cours d'états méningés rappelant la méningite cérébro-spinale, mais en différant bactériologiquement. Achard a observé un cas de zona de la fesse, après une ponction lombaire exploratrice. Achard et Laubry ont soigné un zona du trijumeau suivant de près une rachicocainisation.

Pautrier et Simon relatent un autre cas semblable. Pitres et Vaillard ont observé des cas de zona à la suite des traumatismes des nerfs périphériques.

D'autre part, les recherches faites par les différents auteurs dans le liquide céphalo-rachidien ont donné des résultats extrêmement variables.

Achard et Lœper dans 2 cas ont trouvé un bacille voisin du colibacille et Dopter, dans un cas un diplobacille.

Achard, Lœper et Laubry sur 17 cas ont obtenus 9 résultats d'ensemencement négatifs, cinq fois des bacilles d'espèces différentes, dont deux fois le streptocoque et une fois le staphylocoque.

D'autres auteurs ont obtenu des résultats négatifs (Brissaud et Sicard, Widal et Sicard, etc.).

Nous croyons donc que le zona est un syndrome, ayant comme substratum anatomique une lésion du ganglion rachidien ou de ses homologues craniens et pouvant être déterminé par des causes très multiples : infection microbienne quelconque, intoxication, traumatisme et d'une façon générale par *tous processus susceptible de provoquer des lésions de*
GANGLIITE POSTÉRIEURE.

CHAPITRE II

Parmi les infections qu'on peut invoquer dans la genèse du zona, il faut faire une place à part pour la syphilis.

Cette place lui est due pour deux raisons : la syphilis tout d'abord peut compter à l'heure actuelle — et notre affirmation est de jour en jour plus vraie — parmi les maladies le plus fréquemment rencontrées.

Cette fréquence est accrue par l'hérédité de la maladie et les dangers de contamination en sont multipliés par la facilité de contagion, par l'insuffisance du traitement et par l'ignorance souvent chez les malades de l'infection dont ils sont porteurs.

On sait d'autre part, que le spirochète est, parmi les microorganisme connus, celui qui présente de beaucoup le plus d'affinité pour le tissu nerveux. Il semblerait donc naturel que le zona syphilitique eut dû être une entité connue et pourtant il n'en est rien. Jullien, le premier, a pu, écrire étudiant les rapports du zona et de la syphilis : « Je pense avoir établi la réalité et même la fréquence, au cours de la

syphilis, d'éruptions zostérimorphes qui ne sont pas le zona et ne sont pas des syphilides, et dérivent de l'action des toxines sur le système nerveux central ou périphérique, peut-être ganglionnaire, et peuvent être rangées avec assez de vraisemblance dans la classe déjà si nombreuse des manifestations parasymphilitiques. »

Dans un mémoire récent sur les éruptions zostérimorphes épisodiques au cours des méningites syphilitiques, Marcel Bloch et E. Schulmann ont montré que cette fréquence, remarquée par plusieurs auteurs au cours de l'infection spécifique, semble indiquer qu'il ne s'agit pas ici d'épisodes fortuits et que ce n'est pas le hasard seul qui règle cette apparition. On peut admettre qu'il y a une réaction de causalité entre le zona et les méningites syphilitiques précoces ou tardives dont des recherches récentes en particulier celles de Jeanselme et Chevalier ont montré l'extrême fréquence.

Bien entendu, il faut écarter de ces cas l'éruption, décrite par Gaucher et Barbe sous le nom de syphilides zoniformes.

Gaucher et deux de ses élèves Bizard et Bralez ont repris récemment cette étude et complété la description première. Les syphilides zoniformes appartiennent généralement à la période tertiaire, ce sont des accidents tardifs qui peuvent revêtir les cinq formes classiques du type papulo-squameux. Elles affectent une disposition en rapport avec le territoire des nerfs périphériques et peuvent siéger en

les points les plus divers ; mais comme pour le zona le type le plus fréquent est le type intercostal.

L'éruption ne s'accompagne ni de fièvre ni de douleurs névralgiques, il n'y a jamais de zone d'anesthésie ou d'analgésie. L'évolution est celle des syphilitides ordinaires, et si le traitement n'intervient pas, les accidents peuvent subsister plusieurs mois, voire même plusieurs années, dans deux observations de la clinique de Saint-Louis.

Il y a toutefois des cas douteux et Gaucher a été amené, dans une thèse inspirée à son élève Collard, à reconnaître la grande fréquence des zonas chez les syphilitiques et à admettre jusqu'à un certain point que la syphilis peut être un facteur dans la production du zona.

Ainsi on peut donc affirmer, en raison du contact intime entre les culs-de-sac arachnoïdopiemériens et les ganglions rachidiens, la facilité des irritations ganglionnaires, au cours de la méningite syphilitique secondaire ou tertiaire comme au cours de la méningite du tabes ou de la paralysie générale. C'est sur ces faits, qu'après Bloch et Schulmann, nous voulons maintenant insister et nous allons montrer quelle signification peut prendre le zona, aux yeux d'un médecin averti, au cours des différentes étapes de l'infection syphilitique.

CHAPITRE III

Le zona peut survenir au cours d'une méningite syphilitique secondaire précoce jusque-là insoupçonnée. Des sujets, ayant contracté la syphilis six mois ou un an auparavant, qui se sont soignés avec une persévérance plus ou moins marquée, voient survenir une éruption zonateuse et viennent consulter. Peut-on rapporter à l'infection syphilitique l'éruption qui inquiète le malade? Dans l'observation III que nous rapportons il s'agit d'un homme qui, dix-huit mois auparavant avait contracté un chancre au médius droit. Il avait reçu 13 piqûres de 606 et de 102 D dans le service du Dr Fournier. Il entre à Broussais pour un zona cervical. La ponction lombaire montre en même temps, que de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose, une réaction de Wassermann positive, dans le liquide céphalo-rachidien. Le malade d'ailleurs présentait vers la même époque une paralysie faciale du même côté, et ce trouble de voisinage ne peut que venir renforcer notre opinion sur l'étiologie du zona. Il s'agit là à n'en pas douter d'un beau cas de zona au début d'une méningite syphilitique précoce et nous sommes persuadé, qu'en

suivant avec soin les nombreux cas de zona observés dans les services hospitaliers on recueillerait beaucoup d'observations semblables.

Dans les observations IV et V il s'agit de deux malades syphilitiques avérés qui ont présenté un zona, avant que cliniquement on ait fait chez eux le diagnostic du tabes. Dans ces deux cas le zona s'est comporté comme un véritable symptôme d'alarme de la méningite chronique.

Il est intéressant de remarquer que, dans ces cas, l'irritation du ganglion rachidien, voisin de la racine en voie d'altération, donne lieu à des symptômes beaucoup plus tapageurs, quoique bien moins grave, que ceux de la radiculite elle-même.

Ces faits sont peu connus et en dehors de deux cas qu'ils rapportent Bloch et Schulmann en relatent 3 cas consignés dans *le Traité de neurologie* d'Oppenheim.

Le zona a été plus souvent observé au cours de la paralysie générale et sur les deux sujets que Landouzy présente à l'occasion de sa leçon clinique sur le zona, il s'agissait dans un des cas d'un paralytique général.

Gonneret et surtout un élève de Joffroy, Dupau, ont étudié des rapports du zona et de la paralysie générale.

D'après Dupau, un zona facial survenant chez un individu en bonne santé, peut bien être le premier éclat, et un éclat très antérieur de ce travail dégénératif qui aboutira à la méningo-encéphalite diffuse.

Le zona facial est surtout envisagé à ce propos parce que la situation du ganglion de Gasser rend le trijumeau et son ganglion plus facilement accessibles. Dupau écrit encore que les différents zonas et surtout le zona facial pouvait précéder d'un temps plus ou moins long le début de la paralysie générale, ce qui cadre bien avec l'opinion des aliénistes qui disent que parmi les aliénés c'est presque toujours dans les asiles, chez les paralytiques généraux, que l'on voit le zona faire son apparition.

Parmi les observations citées par cet auteur deux surtout sont édifiantes. Une a trait à un malade du service de Giraudeau, qui fit une éruption zonatense sept mois avant une paralysie générale, l'autre est celle d'un zona apparu chez un homme de quarante-neuf ans, trois mois avant tout phénomène de méningo-encéphalite.

L'observation 1 que nous rapportons est également concluante ; on a pu déceler à la suite de zona l'apparition de la méningite ; malheureusement on n'a pu enrayer son évolution et empêcher l'apparition de la méningo-encéphalite.

Ainsi l'apparition du zona revêt donc une importance de premier ordre au point de vue thérapeutique.

Apparaissant comme symptôme annonciateur, d'un tabes débutant et insoupçonné ou d'une paralysie générale qui ne s'affirme pas encore cliniquement il indiquera au médecin l'urgence d'un traitement antisyphilitique intensif. Si dans l'observation I on n'a pas pu malgré la préecocité de l'interven-

tion arrêter l'évolution, dans des cas semblables il est hors de doute qu'on pourra avec une fortune meilleure obtenir un résultat plus favorable.

CHAPITRE IV

Le zona peut survenir au cours d'états spécifiques chroniques et diagnostiques. Récemment, Souques et ses élèves, Baudoin et Lantuéjoul, étudiant les rapports du zona et du tabes, se demandent, étant donné le siège radiculo-ganglionnaire des lésions initiales du tabes, si ces lésions ne sont pas capables de créer un lieu de moindre résistance et en raison de leur topographie d'attirer et de fixer l'infection postérieure sur le ganglion. Ils pensent que tabes et zona évoluent isolément, parallèlement sans s'influencer l'un l'autre.

Sans nier la possibilité de localisation d'un zona infectieux banal, sur un ganglion déjà irrité par la méningite syphilitique, nous pensons avec Bloch et Schulmann, que cette opinion est beaucoup trop absolue, et nous croyons que dans la plupart des cas, c'est la méningo-radiculite elle-même qui crée le zona, soit par l'irritation du voisinage, soit par localisation directe du spirochète sur le ganglion.

Rien d'ailleurs ne permet de penser que dans certains cas, cette localisation ne puisse être primitive

et constituer un véritable zona syphilitique autonome.

Toute une série de faits prouvent l'union évolutive intime du zona et de la méningo-radiculite.

Chez certains tabétiques, le zona peut correspondre à une reprise aiguë de l'évolution. Dans l'observation VI que nous citons, le zona survenant chez un tabétique ancien a coïncidé avec le réveil des douleurs fulgurantes.

On a signalé également les rapports qui existent entre les crises viscérales du tabes et les éruptions zostériformes correspondantes.

Rauschke signale deux cas : dans l'un, le zona intercostal a coïncidé avec une crise gastrique ; dans l'autre, un zona lombaire avec des crises vésicales.

Hautefeuille et Dupret, rapportent aussi un cas de zona coïncidant avec des crises gastriques et citent aussi trois autres cas de Leriche et Cotte, de Siding, de Sicard et Leblanc.

Dans tous les cas, les crises gastriques étaient en pleine évolution quand apparut l'éruption.

De ces faits, on peut rapprocher les cas décrits par Lerper de crises gastriques dites essentielles, sans signes de tabes, qu'il considère comme consécutives à la radiculite d'un zona intercostal et une observation de Camus et Baufflé.

D'après ces auteurs, le zona et les crises gastriques sont bien deux manifestations d'une méningo-radiculite postérieure.

La réciprocity de ces phénomènes cliniques c'est-

à-dire le zona précédant les crises gastiques a été observé dans l'observation VII que nous rapportons.

Ce n'est pas seulement dans le tabes que le zona prend une importance et marque une étape dans l'évolution du syndrome. Dans notre observation II, on voit chez une syphilitique ancienne, le zona survenir à trois reprises successives et coïncider avec des crises d'épilepsie, traduisant ainsi l'intimité du processus causal de ces deux manifestations cliniques : la syphilis.

Ainsi donc, le zona survenant chez des syphilitiques atteints d'une méningite chronique avérée, revêt également une signification : il indique souvent une recrudescence de l'activité du spirochète, notre observation II est particulièrement édifiante à cet égard.

Le zona devrait donc être considéré chez les syphilitiques comme un syndrome méritant de prendre place dans l'ordre des diverses manifestations cérébro-méningées. C'est un des anneaux de cette chaîne mal délimitée qui comprend les radiculites, les pachyméningites, les myélites, les encéphalites.

OBSERVATION I (Inédite)

(Communiquée par Ernest Schulmann.)

Zona au début d'une paralysie générale

J... Jean, quarante-trois ans, coiffeur, vient consulter en octobre 1915, pour un zona thoracique. Il a eu la syphilis à vingt-huit ans, en 1901, chancre génital et roséole. Il s'est fait soigner à Ricord, a pris du sirop de Gibert pendant plusieurs mois et de l'iodure de potassium. Au bout de deux ans il a arrêté tout traitement.

En 1905, il se marie, sa femme n'a pas d'enfant, mais fait deux fausses couches.

Lui perd à plusieurs reprises ses cheveux et souffre de crises de céphalée frontale très violentes à paroxysmes nocturnes.

Le zona pour lequel il vient consulter siège sur l'hémi-thorax gauche du troisième au septième espace de la ligne épineuse à la ligne mammaire ; il accuse des névralgies intercostales vives, sa température monte le soir à 38 degrés ; de plus, il présente un peu de céphalée.

A l'examen somatique on trouve les réflexes achilléens normaux, les réflexes patellaires sont légèrement exagérés. Le signe d'Argyll-Robertson est positif des deux côtés, avec une inégalité pupillaire légère mais bien nette, la pupille droite plus grande que la gauche.

Il n'y a ni troubles de la parole, ni troubles de la mémoire.
A ce moment, la ponction lombaire montre :

Liquide non hypertendu ;

Lymphocyte, 32 éléments par champ.

Hyperalbuminose, 0 gr. 85.

Réaction de Wassermann très positive.

On met le malade au traitement : il reçoit vingt injections de biodure de mercure (0,02 par injection).

En février 1916, il nous est amené par sa femme pour un petit ictus qu'il a eu avec un peu d'embarras de la parole.

Le malade présente très nettement du tremblement de la langue, de la dysarthrie, de la diminution de la mémoire.

Nous portons diagnostic de paralysie générale au début.

En février 1916, le malade que nous avons perdu de vue a dû être interné à Sainte-Anne avec le diagnostic de paralysie générale.

OBSERVATION II (Inédite)

(Communiquée par Ernest Schulmann.)

Zona et crises épileptiformes chez un syphilitique

M^{me} L... Anna, quarante-sept ans, ménagère, entre le 3 mai 1917, salle Gubler, n° 9, à l'hôpital Broussais, dans le service de notre maître, le Dr André Bergé, pour crises nerveuses.

Rien n'est à noter dans ses antécédents héréditaires ; ses parents sont morts âgés, elle a trois frères et sœurs bien portants ; sa mère n'a pas, à sa connaissance, fait de fausses couches.

Elle s'est mariée à vingt-six ans, n'a pas eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches.

Deux ans après son mariage, sans qu'elle ait observé aucune éruption suspecte, ni aucun mal de gorge, etc., elle s'est mise à perdre ses cheveux abondamment ainsi que ses cils; en même temps, sont survenus des maux de tête extrêmement violents, à prédominance nocturne. Elle a présenté également, vers la même époque, une adénite assez volumineuse du cou.

La malade a été consulter le Dr Brocq qui lui a conseillé des piqûres d'huile grise : en très peu de temps, les accidents signalés ci-dessus ont disparu. Dans la suite, sur le conseil de M. Brocq, la malade a continué à se faire faire par intermittence des piqûres d'huile grise.

En 1915, vers le mois d'août, est apparue sur la face postérieure de la cuisse droite au niveau du tiers moyen, un placard érythémateux large comme la main, sur lequel sont venues faire saillie des vésicules herpétiformes. Quelques vésicules aberrantes descendaient même jusqu'à la partie supérieure de l'articulation du genou. On pouvait noter au total une trentaine d'éléments. Ce zona a duré quinze jours, s'accompagnant de prurit et a disparu sans laisser de névralgies.

Une huitaine de jours après la disparition du zona, le 1^{er} septembre, la malade, sans aucune aura, tombe dans la rue, se blessant à la tête, perdant ses urines et ses matières, se mordant la langue avec écume à la bouche. Elle reste dans le coma pendant six heures environ, et se réveille en plein état crépusculaire post-épileptique, ignorant totalement ce qui s'est passé.

Cinq mois se passent sans incidents, mais le 10 février 1916, nouvelle crise semblable à la première et, d'après les renseignements fournis, ne présentant pas plus que cette dernière aucun caractère jacksonien.

20 février. — Apparaît une nouvelle éruption zostériforme, siégeant à peu près au même endroit que la première et disparaissant sans incidents.

10 avril 1917. — Apparaît une troisième éruption, toujours au même endroit et trois semaines plus tard, le 2 mai, la malade est reprise d'une crise d'épilepsie.

A l'examen, M^{me} L..., dont la santé semble bonne, accuse de fréquentes céphalées mais dit se bien porter en dehors de ses crises.

Pas de troubles des réflexes, très léger signe d'Argyll-Robertson à gauche.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu.

Lymphocytose : 25 par champ.

Hyperalbuminose : 0 gr. 80.

Réaction de Wassermann dans le liquide très positive.

La malade a été traitée par le néo-arsénobenzol : ses accès de céphalée ont disparu et elle se trouve très améliorée. Les crises d'épilepsie n'ont pas reparu jusqu'à ce jour.

OBSERVATION III

(Marcel Bloch et Ernest Schulmann, Soc. méd. des Hôp.,
16 juin 1916.)

Zona et méningite syphilitique précoce

Bert... Jules, quarante-sept ans, charcutier, entre le 2 janvier 1915 à l'hôpital Broussais, salle Lasègue, n° 4, dans le service du Dr André Bergé. Il se plaint de très violentes douleurs dans la région du cou et de la joue droite. Il dit n'avoir jamais été malade, sauf une pleurésie il y a quatre ans. Il raconte qu'il s'est piqué, il y a dix-huit mois, en coupant de la viande au niveau du médius de la main droite. A la suite de cet accident, il a eu un chancre qui a été suivi d'une roséole intense. Il a été soigné à Ricard où il a subi treize piqûres de 606 et de 102 D dans le service du Dr Fournier, la dernière en octobre 1915. En fin de traitement, la réaction de Wassermann aurait été négative dans son sang.

Il souffre, semble-t-il, de névralgies cervico-faciales paroxystiques depuis quatre semaines. Ces douleurs se sont accompagnées, depuis cinq jours, d'une éruption survenue sans fièvre, érythémateuse puis vésiculeuse dont on voit les traces le long de la mâchoire, sur la joue droite, sur le cou, dans la région rétro-auriculaire ; quelques vésicules descendent sur le cou jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule.

En même temps que l'éruption de zona, est apparue une

diminution marquée de l'audition du côté droit, le malade n'entend pas la montre placée tout près de l'oreille.

Huit jours après le début de l'éruption le malade s'est aperçu subitement qu'il avait la bouche de travers, une paralysie faciale droite à type périphérique est apparue. Elle persiste encore intégralement ; on observe de l'inocclusion de la paupière droite avec le signe de Ch. Bell, un effacement marqué de la commissure labiale, une disparition des plis frontaux ; il est impossible au malade de siffler, il est gêné pour mastiquer, les aliments restant dans le sillon gingivo-labial.

On ne note, comme trouble de la sensibilité, qu'une très légère anesthésie de l'hémilangue droite.

Il n'y a aucun trouble des réflexes, la marche semble normale, bien que Bert... se dise un peu entraîné vers le côté droit. Il n'y a aucune incoordination, pas d'adiadococinésie. On n'observe pas de signe de Romberg, ni de signe de Babinski.

Pas de troubles pupillaires.

La ponction lombaire nous donne une lymphocytose assez nette de 8 à 12 éléments par champ avec hyperalbumine et une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION IV

(M. Bloch et E. Schulmann, Soc. méd. des Hôp.,
16 juin 1916.)

Zona au début du tabes

Fouz..., trente ans, entre le 2 mars 1914, salle Van Swieten, n° 3, dans le service du Dr Jeanselme, pour un zona de la région lombo-sacrée du côté gauche.

Elle dit n'avoir jamais été malade et nie avec énergie toute maladie vénérienne, mais pressée de questions, nous dit avoir été soignée, à l'âge de dix-neuf, pour un chancre de la grande lèvre, par des injections intra-fessières de biiodure.

A vingt deux ans, elle a mis au monde un enfant mort, de sept mois.

Depuis plusieurs années, la malade a de très violents maux de tête avec exacerabation matinale, qui se sont accentués il y a six mois. Depuis cette date, également, sont apparues des douleurs dans le membre inférieur gauche, sur le trajet du sciatique, avec élancements très violents dans la jambe. Ces douleurs ont été très aiguës pendant une quinzaine de jours. A ce moment elle a été consultée à la Salpêtrière où on lui a trouvé des réflexes et où on a fait le diagnostic de sciatique.

Au milieu du mois de février, la malade a ressenti un picotement dans la région lombaire, puis dorso-lombaire, des douleurs, différentes des précédentes, en coup d'épingle,

sont survenues, puis est apparu un placard érythémateux suivi d'une éruption zostériforme envahissant successivement la région lombo-sacrée gauche, la fesse, la face interne de la cuisse, la région inguinale externe de la cuisse, la partie antérieure du bas de l'abdomen droit.

La fièvre est insignifiante, 37°3.

Ce zona évolue normalement ; il est, au moment de l'entrée de la malade dans le service, en voie de disparition.

On ne note aucune zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Les pupilles réagissent bien à la lumière, toutefois, la gauche est un peu plus grande que la droite et elle se contracte pour se redilater ensuite si on maintient la source lumineuse.

Les réflexes patellaires sont normaux.

Le réflexe achilléen droit est conservé, le gauche est absent.

Il n'y a pas de signe de Babinski.

Le diagnostic de méningite chronique syphilitique avec tabes incipiens est confirmé par la ponction lombaire dont voici le résultat :

Très légère hypertension.

Lymphocytes 22 gr. 5

Albumine..... 0 gr. 90

Réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien très positive.

OBSERVATION V

(M. Bloch et E. Schulmann, Soc. méd. des Hôp.,
16 juin 1916.)

Zona au début de tabes

Gut... (Louis), coiffeur, trente sept ans, est soigné depuis juin 1911 pour une syphilis ancienne. Il a eu jadis un chancre du fourreau de la verge, suivi d'une roséole et de plaques muqueuses buccales. A ce moment est apparue une violente céphalée à type surtout nocturne.

On institue un traitement consistant en friction d'onguent mercuriel et en iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. L'amélioration est rapide en octobre 1911, il est débarrassé de ses maux de tête et l'examen soigneux du malade le montre indemne de toute atteinte de son névraxe.

Janvier 1912. — Gut... revient nous voir pour un zona cervico-thoracique droit dont l'apparition remonte à dix jours et qui, après avoir évolué régulièrement, est en train de s'effacer.

Nous examinons à nouveau le malade. Il nous dit éprouver, depuis un mois environ, la nuit dans l'obscurité, une certaine incertitude à marcher, il sent mal le plancher sous ses pieds.

Nous pensons immédiatement à un tabes chez un ancien syphilitique et nous trouvons en effet une ébauche du signe d'Argyll-Robertson des deux côtés : pupilles paresseuses à la lumière, avec une très légère inégalité.

Les réflexes rotuliens semblent diminués, les réflexes,

L. Boner

patellaires sont presque abolis. Il n'y a pas d'extension des orteils, mais le signe de Romberg est nettement ébauché.

Nous pratiquons la ponction lombaire et nous trouvons :

Pas d'hypertension.

Grosse lymphocytose, 110 éléments par champ.

Hyperalbuminose nette.

Réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien très positive.

OBSERVATION VI

(M. Bloch et E. Schulmann, Soc. méd. des Hôp.,

16 juin 1916.)

Zona et recrudescence du processus tabétique

Ch... (Louis), trente-quatre ans, soigné depuis plusieurs mois dans le service du Dr Jeanselme, salle Fracastor, pour tabes. Il a eu la syphilis à vingt ans et présente entre autres symptômes le signe d'Argyll, le signe de Romberg, de l'absence des réflexes archilléens et patellaires. Il a eu des douleurs fulgurantes en ceinture et dans les jambes; ces dernières étant disparues depuis deux ans.

5 juin. — On vit apparaître un zona type au niveau de la région dorso-lombaire gauche qui évolue sans incidents. Le 18 juin, apparaissent des crises de douleurs fulgurantes dans les jambes pour lesquelles on est forcé de faire des injections de morphine durant une période de trois semaines.

Parallèlement, l'examen de deux ponctions lombaires, montre une augmentation nette de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose.

OBSERVATION VII

(M. Bloch et E. Schulmann, Soc. méd. des Hôp.,
16 juin 1916.)

Zona annonciateur d'une crise gastrique du tabes.

Pal... (Jean), quarante-neuf ans, voyageur de commerce, a eu la syphilis aux colonies à l'âge de vingt-neuf ans, a été soigné au sirop de Gibert et à l'iodure de potassium. Il a eu une roséole, des plaques muqueuses, des zones d'alopécie.

Il vient nous consulter, en janvier 1913, pour des troubles de la vue.

On constate à l'examen une égalité pupillaire marquée, la pupille droite étant beaucoup plus grosse que la gauche. Le signe d'Argyll est positif.

Les réflexes patellaires et achilléens sont abolis.

Le signe de Romberg est positif, mais il n'y a pas d'autres phénomènes ataxiques.

Le malade n'a jamais eu de douleurs fulgurantes.

Nous faisons une série de piqûres de néosalvarsan de 30, 45, 60, 60 et 75 centigrammes en injections intravénieuses.

La réaction de Wasserman liquide céphalo-rachidien, de positive au début, devient négative.

En mars, apparaît une éruption typique de zona intercostal gauche, sans fièvre, ni aucun trouble de sensibilité. La topographie des éléments correspond aux dixième, onzième, douzième espaces intercostaux et à la première racine lombaire.

La ponction rachidienne indique :

Lymphocytose, 110 éléments par champ.

Hyperalbuminose.

Réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien positive.

Dix jours après l'apparition du zona, alors que l'éruption était en train de s'atténuer, éclate soudain une crise gastrique très vive qui dure trois semaines. C'est la première crise viscérale que présente le malade.

CONCLUSIONS

I. — Les travaux contemporains cliniques et anatomopathologiques, prouvent avec certitude que le zona est un syndrome né d'une atteinte du ganglion rachidien postérieur ou de ses homologues craniens.

II. — Cette *gangliite postérieure* peut être causée par toutes les lésions médullaires possibles, et, la distinction établie jadis entre le zona et les éruptions zostériformes, ne satisfait plus l'idée que nous pouvons nous faire actuellement du syndrome.

III. — Cette conception du zona, syndrome infectieux ou toxique, à détermination non univoque, est justifiée par :

1° Les nombreuses maladies infectieuses ou toxiques au cours desquelles il apparaît comme symptôme surajouté (pneumonie, oreillons, méningite cérébro-spinale, intoxication arsenicale, etc.);

2° La découverte lors de l'étude des cas de zonas dits épidémiques, de microbes très différents.

IV. — Parmi les infections causales du zona, il y

a lieu de souvent incriminer la syphilis en raison de sa très grande fréquence et de l'affinité spéciale du spirochète pour les centres nerveux et médullaires.

V. — Il y a donc lieu de distinguer un zona syphilitique qui peut s'observer au cours des différentes phases de l'infection.

1° Précocement le zona peut survenir au cours d'une localisation primitive du spirochète sur le ganglion postérieur et il devient le signe d'alarme d'une méningite précoce latente de la période secondaire;

2° Survenant un peu plus tard, il traduit l'extension à la région ganglionnaire postérieure, du processus de méningite. Il peut ainsi apparaître comme un symptôme annonciateur d'un tabès débutant ou insoupçonné, ou d'une paralysie générale ;

3° Au cours d'états spécifiques chroniques diagnostiqués, tels que le tabès, la paralysie générale, l'éruption zoslérienne, indique fréquemment une recrudescence de l'activité des phénomènes morbides, et l'extension des lésions médullaires.

VI. — Le zona mérite donc chez les syphilitiques avérés de prendre place dans l'ordre des diverses manifestations cérébro-méningées classiques. Il doit être considéré comme un des chaînons solidaires de ces manifestations.

VII. — Apparaissant à une période quelconque de la syphilis, il doit toujours mettre le médecin en éveil sur la possibilité des lésions nerveuses.

Tout syphilitique, présentant du zona, devra donc être l'objet d'une particulière surveillance, et mis au

traitement avec une énergie nouvelle surtout si l'examen de son liquide céphalo-rachidien donne un résultat positif à la réaction de Wassermann.

Vu : le Président de la thèse,

G.-H. ROGER

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur

POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur l'Académie

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (C.). — Zona de la fesse consécutif à une ponction lombaire (Bull. Soc. méd. des Hôp., 1907.)
- ACHARD (C.) et LÉPER. — Deux cas de fièvre zoster avec examen microscopique du liquide céphalo-rachidien (Bull. Soc. méd. des Hôp., 15 mars 1901, p. 264).
- ACHARD (C.) LÉPER (M.) et LAUBRY. — Le Liquide céphalo-rachidien dans le zona (Bull. Soc. méd. des Hôp., 26 juillet 1901, p. 985).
- BARBIER (A.) et LIAN. — Le Zona accident tuberculeux secondaire ou cliniquement primitif (Progrès méd., n° 30, 1911.)
- BELBÈZE. — Quatre observations de zona avec signe de Kernig sur 19 cas (Arch. de méd., n° 9, 1906.)
- BLOCH (Marcel) et SCHULMANN (E.). — Les Éruptions zosté-riformes épisodiques au cours des méningites syphilitiques (Bull. Soc. méd., 16 juin 1916).
- BocQUILLON. — Le Zona symptomatique d'une tuberculose pulmonaire latente. Th. de Lille, 1911.
- BRISAUD (E.) et SICARD. — Examen du liquide céphalo-rachidien au cours du zona (Bull. Soc. méd. des Hôp., 15 mars 1901.)
- CAMUS (J.) et BAUFFLE. — Crises gastriques et zona (Paris médical, 8 juin 1912, p. 47).
- CHAUFFARD (A.) et FROIN. — Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona (Bull. de la Soc. de Biol., 12 juillet 1902).
- CHIRAT. — Zona cervical radiculaire avec thermo anesthésie

- qui permet de supposer l'atteinte de l'axe gris de la moelle (Bull. Soc. méd. des Hôp., nov. 1910).
- COLLARD. — Étude sur les syphilides zostériformes. Thèse de Paris, 1904-1905.
- DEJERINE, TINEL et HEUYER. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de zona (Rev. neurol., 1912, t. II).
- DESTREM. — Les Acquisitions récentes sur la pathogénie du zona. Thèse de Paris, 1914-1915.
- DOPTER. — Zona avec Examen cytologique et bactériologique (Bull. Soc. méd. 1901).
- Epidémie de zona (Rev. de méd. mai 1901).
 - Méningite ourlienne, avec zona du trijumeau (Progrès médical, 1908).
- DUPAU. — Le Zona et en particulier le zona facial dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1897.
- FAURE-BEAULIEU (M.). — Les données récentes sur la pathogénie du zona (Gaz. des Hôpit., 1903, n° 135, 21 novembre).
- FOLLET et SACQUEPÉ. — Zona infecté par un leptothrix (Bull. Soc. méd., 1902).
- GAUCHER (E.) et BARBE. — Syphilide papulo-squameuse zoniforme (Bull. Soc. de Dermat. et de Syphil., 10 mai 1894).
- GAUCHER (E.), BIZARD et BRALEZ. — Les Syphilides zoniformes (Ann. des mal. vénériennes, oct. 1915, p. 577).
- GILBERT-BALLET. — Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (Soc. méd. des Hôp., 8 juin 1900).
- GONNERET. — Sur quelques cas de Zona chez les paralytiques générales. Thèse de Paris, 1888-1889.
- HAUTEFEUILLE et DUPRET. — (Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition, t. VIII, n° 36, juin 1914, p. 338).
- HEAD et CAMPBELL. — The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation (Brain, 1900, p. 353).
- JEANSELME et CHEVALLIER. — Recherches sur les ménin-gopathies syphilitiques secondaires, cliniquement latentes (Rev. de Méd., 1912, n° 5 et seq.).

JEANSELME (E.) et SEZARY. — Herpès de la face et syndrome sympathique cervical unilatéral chez un tabétique (Rev. de Neurol., 1907).

JULLIEN. — Eruptions zostérisiformes dans le cours de la syphilis (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syphil., 15 décembre 1894).

— Zona et syphilis (Rev. intern. de Thérap. et de Pharmac., 16 juin 1896, p. 241).

LAIGNEL-LAVASTINE (M.). — Eruption zostérisiforme chez un tuberculeux (Soc. anat., 11 janv. 1901).

LANDOUZY (L.). — Leç. de clin. méd. Fièvre zoster et exanthème zostérisiforme. Hôp. de la Charité (Sem. médicale, 20 sept. 1883, pp. 245-248).

LCEPER (M.). — La Ganglio-radiculite postérieure tuberculeuse (Progrès médical, 1911).

— Les Déterminations digestives des névralgies intercostales radiculaires (Leçons de Pathologie digestive, 1^{re} série. Masson, édit., 1911).

MARGARET et ROGER. — Zona et méningite ourlienne (Montpellier médical, 1909).

OPPENHEIM. — Lehrbuch der nervenkrankheiten, t. I, p. 181, 1908, 5^e éd.

RAMOND (F.). — La Thermo-anesthésie au cours du zona (Soc. méd. des Hôp., déc. 1910).

RAUSCHKE. — (Centralblatt. f. nervenheilk., 1905, p. 352).

RAYMOND et LOT. — Recherches expérimentales sur le zona (Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 1913).

RELLIER. — Les Troubles de la sensibilité objective dans le zona. Thèse Paris, 1911-1912.

RIOT (E.). — Pratique dermatologique, article zona.

SANZ. — Tabes dorsal et Herpès zoster (Archives espanoles de Neurologia e Psychiat. y fisiot., février 1911, p. 38).

SICARD (J.-A.). — Pratique médico-chirurg., article zona.

SOUQUES, BAUDOIN et LANTUEJOUL. — Zona et tabès (Soc. de Neurol., 11 juin 1914).

TALAMON. — Zona pneumonique (Bull. Soc. méd. des Hôp., 1901).

THIBIERGE (G.). — Traité de médecine (Bouchard-Brissaud, t. III, p. 268-279).

THOINOT et PARTURIER. — Zoster facial et érythème noueux (Soc. méd., 1908).

